



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL NO
PÓS - BARIÁTRICO: UMA ANÁLISE DO RISCO DE
DESENVOLVIMENTO DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES

Mariana Felizardo Matias Pereira
Márcia Cristine Araújo Guimaraes
Orientadora: Maina Ribeiro Pereira Castro

Brasília, 2020

Data da apresentação: 15/12/2020

Local: Sala 1 Google Meet

Membros da banca: Marina de Oliveira Vieira e Pollyanna Ayub Ferreira de Rezende

Resumo

A obesidade tem crescido de forma exorbitante no Brasil, e a procura pela cirurgia bariátrica tem aumentado de forma significativa, sendo essa uma opção invasiva e eficaz contra a obesidade grave. Estudos mostram que pacientes que procuram essa alternativa apresentam ocorrência de algum transtorno psicológico tornando os candidatos suscetíveis a desenvolver um transtorno psíquico - diverso. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar por meio de questionário o possível risco de desenvolvimento de distúrbios alimentares em pessoas pós-bariátricas. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal e descritiva que foi realizada com homens e mulheres entre 21 a 57 anos, por meio de um questionário online onde os participantes responderam a respeito da sua relação com os alimentos bem como a sua rotina alimentar. No presente estudo foi possível observar que a maior parte dos participantes (69,6%) totalizaram mais de 21 pontos, o que demonstra possíveis indicativos de risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, fazendo com que seja indispensável o acompanhamento nutricional tanto no pré como no pós-operatório.

Palavras - chave: Cirurgia bariátrica, Obesidade, Compulsão alimentar, Nutrição.

INTRODUÇÃO

A obesidade tem crescido de forma alarmante, estima-se que em 2025 o Brasil será o 5º país a ter mais problemas com obesidade (SANCHES et al., 2007). Segundo dados coletados pelo Ministério da Saúde entre 2006 e 2018 houve um aumento de 67,8% de pessoas obesas no Brasil. Em 2006 foi registrado 11,8% de pessoas obesas e em 2019, 20,3%. Entre 2015 e 2018 foi registrado taxas estáveis da doença. A predominância de obesidade se manteve em 18,9% (CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ, 2019).

De acordo com a Vigitel (2019), mais da metade da população brasileira, 55,7% tem excesso de peso. Houve um aumento de 30,8% quando comparado com o percentual de 42,6% registrado em 2006. O aumento da obesidade foi maior entre as faixas etárias de 18 a 24 anos.

Esses dados têm trazido um alerta para a população brasileira, uma vez que a obesidade é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT) que acarreta outras doenças como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, entre outras comorbidades (DUCAN et al., 2012). As DCNTs são indicadas como as responsáveis pelas principais mortes no mundo (MALTA et al., 2017).

O IMC (Índice de Massa Corpórea), é capaz de calcular a quantidade de gordura em pessoas adultas, sendo feita através do peso do indivíduo em quilogramas (kg) dividido pela sua altura ao quadrado (m^2). As pessoas que apresentam o $IMC \geq 30 kg/m^2$ são consideradas obesas (LINHARES et al., 2012).

Quanto à gravidade (WHO, 2012), pode-se classificar a obesidade em grau I (IMC entre 30 e $34,9 kg/m^2$), grau II (IMC entre 35 e $39,9 kg/m^2$) e grau III, conhecida como obesidade grave ou obesidade mórbida (IMC acima de $40 kg/m^2$) (MENSORIO et al., 2016).

Em quadros de obesidade grave, o quadro clínico habitualmente está associado a complicações médicas (JIA et al., 2005), e a transtornos psicológicos e sociais como doenças cardíacas e respiratórias, doenças ósseas como osteoporose, insônia, diabetes, ansiedade, transtornos de imagem corporal, baixa qualidade de vida, entre outros (SULLIVAN et al., 2005).

A cirurgia bariátrica é uma alternativa invasiva e eficaz contra a obesidade grave, o avanço tecnológico e o desenvolvimento de novas técnicas têm feito com que a cirurgia bariátrica se torne cada vez mais segura e eficiente não só contra a obesidade, mas também contra todas as comorbidades que a mesma pode trazer. (SOCIEDADE DE CIRURGIA BARIÁTRICA, 2019).

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking de países que mais realizam operações desse tipo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos - EUA. Para uma pessoa estar apta a fazer a cirurgia bariátrica, ela tem que ter o IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$ ou com IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ quando associado a outras comorbidades (BUCHWALD, 2005).

Inúmeros fatores podem ocasionar o reganho de peso no pós-operatório da cirurgia bariátrica depois de alguns anos tais como dilatação da bolsa gástrica, hábitos alimentares inadequados, adaptações hormonais e redução da atividade física (NOVAIS et al., 2010).

Dados mostram que cerca de 20% a 70% de pacientes que procuram a cirurgia bariátrica tem ocorrência de algum transtorno psicológico, com isso os candidatos a essa cirurgia formam um grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos psíquicos-diversos (GORDON, PC et al., 2011), incluindo transtornos alimentares, os quais se caracterizam por sérias alterações de comportamento/atitude alimentar e imagem corporal. Os principais quadros são a bulimia nervosa, anorexia nervosa e a compulsão alimentar (American Psychiatric Association, 2014).

O nutricionista desempenha um papel fundamental tanto no pré-operatório como no pós-operatório da cirurgia bariátrica, uma vez que o paciente bariátrico tem uma relação difícil com a comida, e muitas vezes possuem distúrbios alimentares que precisam ser tratados, e o papel do nutricionista vem não somente para educar, mas conscientizar o paciente a adotar um novo estilo de vida. Além disso, se torna necessário conhecer quais os distúrbios alimentares que mais acometem esse grupo de pacientes.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar por meio de questionário o risco de desenvolvimento de distúrbios alimentares em pessoas pós-bariátricas.

OBJETIVOS

Objetivo primário

Analisar o risco de desenvolvimento de distúrbios alimentares em pessoas pós bariátricas.

Objetivos Secundário

- 1º- Aplicar um questionário aos pacientes pós bariátricos na intenção de coletar informações sobre o desenvolvimento de distúrbios alimentares
- 2º- Investigar a relação do paciente com a comida depois da realização da cirurgia bariátrica
- 3º- Reafirmar a importância de um acompanhamento nutricional no pré e pós cirúrgico

MATERIAIS E MÉTODOS

Sujeitos da Pesquisa

Neste estudo participaram 33 pessoas, homens e mulheres com idade de 21 a 57 anos residentes de vários estados do Brasil.

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo do tipo transversal e descritivo.

Metodologia

A pesquisa foi realizada com um grupo de pacientes pós bariátricos que tinham no mínimo 6 meses de cirurgia, residentes de vários estados do Brasil com idade entre 21 a 57 anos e que se encontram disponíveis em comunidades e grupos de *Facebook/WhatsApp/Instagram* para a seleção e aplicação de um questionário, tendo como finalidade compreender o possível desenvolvimento de distúrbios alimentares no pós-cirúrgico da cirurgia bariátrica.

O questionário foi disponibilizado em forma de *link* nas mídias sociais, e a amostra foi aleatória. O estudo foi feito em duas etapas. Primeiro foi realizada uma divulgação sobre a pesquisa em grupos do *Facebook/WhatsApp/Instagram* de pacientes que já realizaram a cirurgia bariátrica e informamos que as pessoas só poderiam responder a pesquisa se já tivessem pelo menos 6 meses de cirurgia. Para a segunda etapa um formulário foi divulgado para que os participantes habilitados pudessem responder.

O formulário foi composto por perguntas sociodemográficas e sobre a realização da cirurgia (APÊNDICE A), como também foi utilizado o questionário EAT 26 que avalia sintomas de Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) e foi criado por Garner e Garfinkel (1979), contendo por 26 perguntas na forma de escala Likert de pontos, sendo: sempre = 3; muitas vezes = 2; as vezes = 1; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0. A questão 25 tem a pontuação invertida, sendo: sempre, muitas vezes e às vezes = 0 pontos; poucas vezes = 1, quase nunca = 2 e nunca = 3. A soma das respostas de cada item varia de 0 a 78 pontos. Quanto maior a pontuação da soma das questões, maior o desenvolvimento de transtorno alimentar. Pontuações acima de 21 pontos são

indicativos de comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares (GARNER et al., 1982; RIVAS et al., 2010). O questionário contém três subescalas que avaliam fatores diversos do comportamento alimentar: Dieta (13 itens), bulimia e preocupação com alimentos (6 itens) e autocontrole (7 itens). (Anexo 1)

A coleta de dados foi feita do dia 2 ao dia 10 de novembro de 2020.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa Excel (versão 20.1) e apresentada por meio de tabelas e gráficos.

CrITÉRIOS de Inclusão

O estudo teve como critério de inclusão pacientes pós bariátricos com no mínimo 6 meses de cirurgia, com idade entre 18 a 60 anos podendo ser do gênero masculino ou feminino, ter um computador, celular ou tablet para poder responder ao questionário, e sinalizar que aceitam participar da pesquisa (TCLE - Termo Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE A).

CrITÉRIOS de Exclusão

Não houve nenhum participante excluído no processo de seleção pois todos atendiam todos os critérios de inclusão.

Sugestão: indivíduos com idades inferiores a 20 anos e idosos acima de 60 anos. Que possuíam mais que seis meses de cirurgia bariátrica.

ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do Comitê de ética e pesquisa do UniCEUB e ciência dos participantes do TCLE (APÊNDICE A). Na execução e divulgação dos resultados foi garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos

sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, número de parecer 4.371.428.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 33 pessoas onde 93,9% (n=31) eram mulheres e 6,1% (n=2) eram homens com média de 48,57 anos de idade. Não houve nenhum participante excluído, todos estavam dentro dos critérios de inclusão.

A grande maioria dos participantes, 26 pessoas (78,8%) realizaram a cirurgia bariátrica conhecida como By-pass gástrico em *Y de Roux*, que apesar do grande crescimento de outros métodos, ainda é o método mais utilizado no mundo (BANKA G et al., 2012). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017) os pacientes que realizaram esse método de cirurgia tendem a perder de 70% a 80% do excesso inicial de peso, podendo também controlar a hipertensão arterial, diabetes entre outras doenças. Os outros 7 pacientes (21,2%) realizaram a Gastrectomia Vertical conhecida como *Sleeve*, esse método de cirurgia tem tido grande crescente no número de cirurgias pelos diversos resultados já vistos como controle da diabetes. Acredita-se que este método cirúrgico tem potencial para se tornar o método mais utilizado no Brasil e no mundo.

A maioria dos participantes 90,9% (n=30) alegaram ter feito acompanhamento nutricional antes da cirurgia. O acompanhamento nutricional deve ser iniciado antes mesmo do paciente se submeter ao procedimento cirúrgico e o tempo de contato com o profissional deve ser suficiente para expor as mudanças dietéticas que o paciente vai passar (RAVELLI, 2007).

Grande parte dos participantes 84,8% (n=28) alegaram que após a cirurgia continuaram fazendo o acompanhamento nutricional, em contrapartida apenas 42,4% (n=14) alegaram que ainda continuam fazendo o acompanhamento.

Alguns autores afirmam apenas o acompanhamento nutricional adequado pode garantir o sucesso da cirurgia, a fim de evitar possíveis complicações como êmese, perda de peso e intolerância alimentar, destacando a necessidade

constante de se manter atento quanto a divisão das refeições, mastigação e quantidade de alimentos ingeridos numa mesma refeição (CRUZ et al., 2004; PEDROSA et al., 2009).

Todos os participantes responderam que acham ser importante ter um acompanhamento com um nutricionista depois da realização da cirurgia, em contrapartida 57,6% (n=19) não continuam fazendo o acompanhamento.

O percentual de participantes que não acreditam ser possível voltar ao seu peso inicial é de 30,3% (n=10). Franques et al. (2011) destacam que há pacientes que tendem a ter reganho de peso, logo após completarem dois anos de cirurgia devido à dificuldade em adotar um novo estilo de vida.

Foi aplicado aos participantes um questionário chamado Eating Attitudes Test (EAT-26). A pontuação é calculada a partir da somatória das respostas variando de 0 a 78, sendo que quanto maior a pontuação, maior o risco de desenvolver transtornos alimentares. Pontuações acima de 21 pontos são indicativos de risco de possíveis transtornos (GARNER et al., 1982; RIVAS et al., 2010).

Figura 1. Frequência em que os pacientes ficam apavorados com a ideia de estar engordando. Brasília - DF (2020)

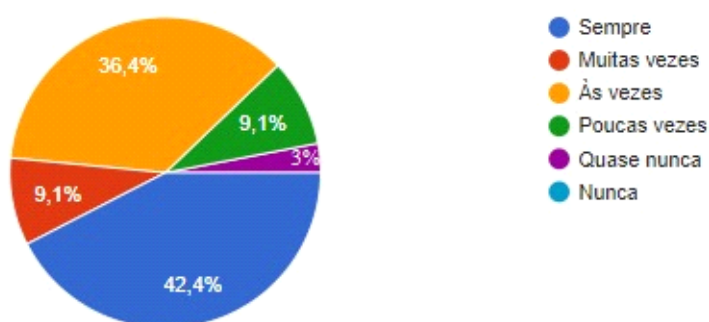


Figura 2. Pacientes que não se sentem capazes de parar de comer após grandes ingestões de alimentos. Brasília - DF (2020)

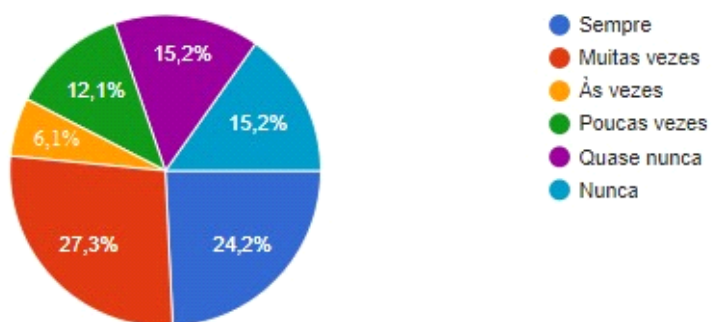


Figura 3. Sentimento de culpa extrema após ingerir alimentos. Brasília - DF (2020)

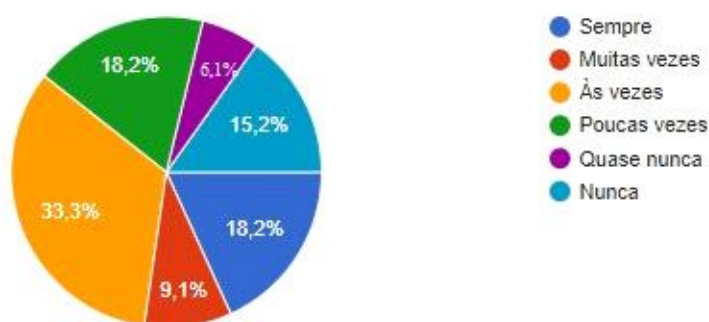


Figura 4. Preocupação com a gordura corporal. Brasília - DF (2020)

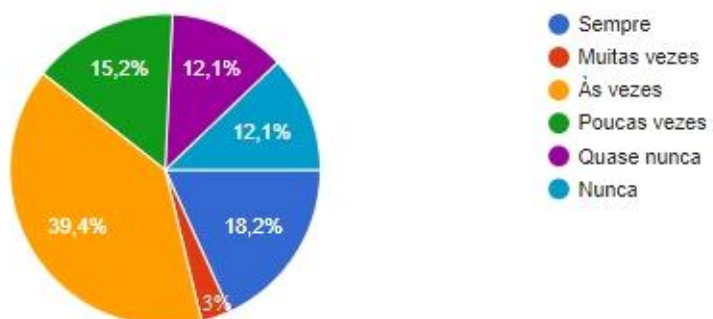
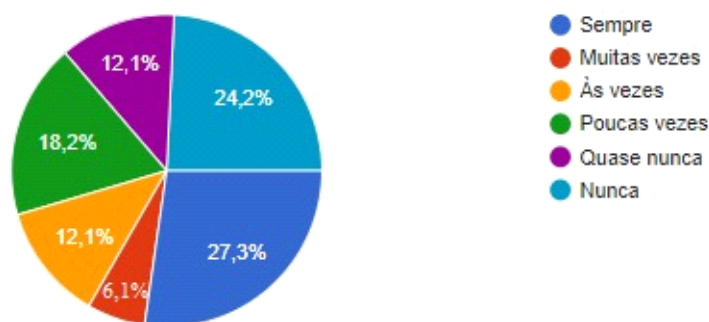


Figura 5. Percentual de pacientes que sentem que os alimentos os controlam. Brasília - DF (2020)



Em relação às perguntas do EAT 26 obtivemos os seguintes resultados relevantes, na pergunta “Fico apavorado com a ideia de estar engordando” 42,4% (n=14) dos participantes responderam sempre, 9,1% (n=3) responderam muitas vezes, 36,4% (n=12) responderam às vezes, 9,1% (n=3) responderam poucas vezes e 3% (n=1) responderam nunca como pode ser visto na Figura 1.

Na pergunta “Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar” 24,2% (n=8) responderam sempre, 27,3% (n=9) responderam muitas vezes, 6,1% (n=2) responderam às vezes, 12,1% (n=4) responderam poucas vezes, 15,2% (n=5) responderam quase nunca e 15,2% (n=5) responderam nunca, como pode ser visto na Figura 2.

Na pergunta “Sinto-me extremamente culpada depois de comer” 18,2% (n=6) responderam sempre, 9,1% (n=3) responderam muitas vezes, 33,3% (n=11) responderam às vezes, 18,2% (n=6) responderam poucas vezes, 6,1% (n=2) responderam quase nunca e 15,2% (n=5) nunca, como pode ser visto na Figura 3.

Na pergunta “Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo” 18,2% (n=6) responderam sempre, 3% (n=1) muitas vezes, 39,4% (n=13) às vezes, 15,2% (n=5) poucas vezes, 12,1% (n=4) quase nunca e 12,1% (n=4) nunca como visto na Figura 4.

Já na pergunta “Sinto que os alimentos controlam minha vida” 27,3% (n=9) responderam sempre, 6,1% (n=2) responderam muitas vezes, 12,1% (n=4) responderam às vezes, 18,2% (n=6) poucas vezes, 12,1% (n=4) quase nunca e 24,2% (n=8) nunca como pode ser visto na Figura 5.

Em estudo semelhante dos autores de Peixoto e Ganen (2010) foi aplicado o questionário EAT 26 para 30 pessoas do sexo feminino e masculino, o qual algumas questões tiveram uma frequência de maior pontuação nas

respostas para sempre = 03 pontos, muitas vezes = 2 pontos e às vezes = 1 ponto. Na questão “Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo”, 76,66% dos pacientes marcaram sempre; na pergunta “Fico apavorada com a ideia de estar engordando”, 50% responderam sempre, 20% responderam muitas vezes; na questão “Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como”, 43,3% marcaram sempre e 20% responderam muitas vezes. Os autores relataram ainda que em seus dados a maior parte da amostra (87%) demonstrou perfil para anorexia nervosa. Dados semelhantes foram observados nesta pesquisa.

No presente estudo, 23 pessoas (69,6%) da pesquisa totalizaram mais de 21 pontos, sendo que 11 pessoas fizeram entre 21 a 31 pontos e 12 pessoas fizeram entre 32 a 46 pontos, tais pontuações apontam possíveis indicativos de risco de desenvolvimento de distúrbios alimentares.

Foi observado que dos 23 participantes que pontuaram acima de 21 pontos 15 deles têm no máximo 2 anos de cirurgia o que nos faz concluir que existe uma maior prevalência de possíveis transtornos alimentares em pacientes com menos tempo de cirurgia.

No seguinte relato de caso a paciente procurou tratamento psiquiátrico após 11 meses de cirurgia bariátrica. A paciente em questão durante quatro meses de acompanhamento com psiquiatra sofreu uma internação de quase um mês devido aos vômitos que a mesma induzia após se alimentar, além de se recusar a ingerir alimentos e com quadro de distorção da imagem corporal (a mesma se achava gorda mesmo após perder 70 kg do seu peso inicial) além de um enorme medo de reganho de peso, episódios de hipoglicemia acompanhada de quedas e desmaios (TAKI A et al., 2004).

Foi estudado por 10 anos um grupo de 116 pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica e acharam episódios de Síndrome do Comer noturno em 10% dos casos, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em 16% e bulímicos em 52% (POWER et al., 1999).

HSU et al., 1997, fez uma entrevista com pacientes do sexo feminino que realizaram a gastroplastia vertical e evidenciaram que alterações do comportamento alimentar pré cirúrgico, como Síndrome de Comer Noturno, Bulimia Nervosa e ingestão compulsiva de grandes quantidades de líquidos,

75% dos casos estavam presentes e que houve sucesso na redução de peso, porém não foi o bastante para reverter o comportamento alimentar prévio.

KALARCHIAN et al., 1998, relatam que aproximadamente 40% de 64 obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica que iriam realizar o método *bypass* gástrico demonstravam ter episódios bulímicos.

Com o aumento das cirurgias bariátricas para o tratamento da obesidade, relatos pós-cirúrgicos para o aparecimento de bulimia nervosa e anorexia nervosa começam a ser apresentados. Uma adequada avaliação psiquiátrica pré – cirúrgica é muito importante para ter um diagnóstico correto e adequado para um tratamento prévio de um transtorno alimentar (CORDÁS et al, 2004).

CONCLUSÃO

A cirurgia bariátrica tem se tornado cada vez mais comum no Brasil e no mundo e tem se mostrado uma técnica eficaz para perda de peso e para o controle de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, dislipidemia, entre outros. Apesar dos inúmeros riscos envolvidos, a cirurgia traz grandes benefícios e maior qualidade de vida, fazendo com que os seus benefícios sejam maiores que os seus riscos.

Estudos vem demonstrando casos de distúrbios alimentares em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e no pós-operatório da mesma.

Os pacientes do presente estudo se mostraram em sua maioria suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios alimentares fazendo com que seja de suma importância o acompanhamento nutricional em todos os estágios da cirurgia, seja no pré operatório, no pós operatório ou ao longo da vida, uma vez que a cirurgia não muda os hábitos alimentares dos pacientes e os mesmos podem vir a desenvolver transtornos alimentares e reganho de peso.

O nutricionista tem o papel de orientar, ensinar e direcionar o seu paciente para uma perda de peso corporal saudável e sustentável, além de ajudá-lo a identificar possíveis distúrbios alimentares. E como seria esse processo de ensinar e orientar.

A nutrição junto com uma equipe multidisciplinar é um fator quase decisivo no sucesso da cirurgia, tornando indispensável.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

Banka G, Woodard G, Hernandez-Boussard T, Morton JM. Laparoscopic vs Open Gastric Bypass Surgery Differences in Patient Demographics, Safety, and Outcomes. Arch Surg 2012; 147:550-6. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1182942>>. Acesso em: 27 de nov de 2020.

Cirurgia Bariátrica - Técnicas Cirúrgicas. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. São Paulo, 05 out 2017. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>>. Acesso em: 26/11/2020.

BELELI, C. A. V., SILVA, R. M., CAMARGO, M.A., & SCOPIN, D.R. (2011). Los predictivos de pérdida de peso en lós pacientes sometidos a laderivación gástrica em Y-de-Roux. BMIBariátricae Metabólica Ibero-Americana, 1(1), 16-23. Acesso: 20 de nov de 2020.

BUCHWALD, H. Consensus Conference Statement: Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. Journal of the American College of Surgeons. Vol. 200. 2005. p. 593-604.

CORDAS, Táki A.; LOPES FILHO, Arnaldo P.; SEGAL, Adriano. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 564-571, Aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302004000400019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 06 Dec. 2020.

CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. Revista de Nutrição. Vol. 17. Núm 2. 2004. p. 263-272. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141552732004000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 de nov de 2020.

DUNCAN BB, CHOR D, AQUINO EML, BENSENOR IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012; 46 Suppl 1:126-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700017&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

EAT - 26: Teste de atitude alimentares. Nemo - Nucleo de estudos multiprofissional da obesidade. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/r/EAT_26_01> Acesso em: 25 mai. 2020

FRANQUES, A. R. M, PACHECO, E, BELFORT, M.O, & GOMES, S. (2011). O reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Em: A. R. M. Franques, & M. S. A. Arenales-Loli. (Org.). Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório de cirurgia da obesidade (pp. 263-272). São Paulo: Vetor.

GARNER, D. M., OLMSTED, M. P., BOHR, Y., & GARFINKEL, P. A. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlations. Psychology Medicine, 12, 871-878. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/eating-attitudetestanindexofthesymptomsofanorexianervosa/084933330F96DB483B65BFE31E84856E>>. Acesso em: 24 de nov de 2020.

GORDON PC, KAIO GH, SALLET PC. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. Rev Psic Clin. 2011;38(4):148-54. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a07v38n4.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

GREENBERG, I., PERNA, F., KAPLAN, M. S., & SULLIVAN, M. A. (2005). Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obesity Research*, 13(2), 244-249. doi: 10.1038/oby.2005.33. Acesso em: 03 de dez de 2020.

História da Cirurgia Bariátrica no Brasil: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, São Paulo, 06 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>>. Acesso em: 06 de abril de 2020.

JIA, H., & LUBETKIN, E.I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health*, 27(2), 156-164. doi: 10.1093/pubmed/fdi025. Acesso em: 03 de dez de 2020.

Kalarchian M, Wilson G, Brolin R, et al. Binge Eating in bariatric surgery patients. *Int J Eat Disord* 1998; 23:89-92.

LINHARES RS, Horta BL, GIGANTE DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:438-47. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300004> Acessado em: 25 de maio de 2020.

MATOS, M. I. R.; ZANELLA, M. T. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Rev. Abeso*, São Paulo, v. 3, n. 9, 2001. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/210/alterac%C3%B5es-do-comportamento-alimentar,-ansiedade,-depressao.shtml>>. Acesso em: 18 de dez. de 2020.

MENSORIO. M; JUNIOR. A. Obesidade e estratégias de enfrentamento: o que destaca a literatura. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862016000300013>". Acesso em: 03 de dez de 2020.

NOVAIS PFS, JUNIOR IR, LEITE CVS, OLIVEIRA MRM. Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica – derivação gástrica em Y-de-Roux. Arq Bras Endocrinol Metab. 2010;54(3):303-10. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/abem/v54n3/v54n3a09.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

PEDROSA, I. V.; BURGOS, M. G. P. A.; SOUZA, N. C.; MORAIS, C. N. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 36. Núm. 4. 2009. p. 316-322. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01006991200900040008>". Acesso: 22 de nov de 2020.

PEIXOTO & GANEN, 2010. Prevalência de Transtornos Alimentares Pós-Cirurgia Bariátrica. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1617/1155>> Acesso em: 28 mai. 2020.

PENIDO, Alexandre. Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <[https://cee.fiocruz.br/?q=node/1013#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20obesos%20no,8%25%20\(em%202018\)>](https://cee.fiocruz.br/?q=node/1013#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20obesos%20no,8%25%20(em%202018)>)>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A. Eating Pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. Int J Eat Disord 1999; 25:293-300. Acesso em 18 de dez. de 2020.

RAVELLI, MN, MERHI VAL, MÔNACO DC, ARANHA N. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais. Revista Brasileira em Promoção da Saúde – RBPS. 2007; 20(4):259-266. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/importancia_acompanhamento.pdf>. Acesso em: 20 de nov de 2020.

RIVAS, T., BERSABÉ, R., JUMENEZ, M., & BERROCAL, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26) - Reliability and validity in Spanish female samples. The Spanish Journal Psychology, 13, 1044-1056. Acesso em: 22 de nov de 2020.

RUEDA. Rodrigo. Ministério da Saúde divulga resultado da pesquisa Vigitel 2019. CFN - Conselho Federal de Nutricionistas, 2020. Disponível em: <<https://www.cfn.org.br/index.php/noticias/ministerio-da-saude-divulga-resultado-da-pesquisa-vigitel-2019/>>. Acesso: 20 de maio de 2020.

World Health Organization. (2010). Obesity and overweight. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>. Acesso 18 de dez de 2020.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

“A importância do acompanhamento nutricional no pós-bariátrico: Uma análise do risco de desenvolvimento de distúrbios alimentares”

Instituição do/a ou dos/(as) pesquisadores(as): UniCEUB

Pesquisador(a) responsável: Maina Ribeiro Pereira Castro

Pesquisadores assistentes alunas de graduação: Márcia Cristine Araújo
Guimarães e Mariana Felizardo Matias Pereira

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é mostrar a importância do acompanhamento nutricional em pacientes pós bariátricos.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser um paciente pós bariátrico, ter no mínimo 20 anos e máximo 60 anos e ter feito a cirurgia bariátrica no mínimo a 6 meses.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em responder um questionário que direcionará o curso da nossa pesquisa.
- O procedimento será simples e de fácil compreensão, será disponibilizado um link onde você responderá algumas perguntas.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada pelo celular/tablet ou qualquer outro dispositivo com acesso à internet.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos, pois expõem os pacientes apenas ao preenchimento de um questionário, sendo que o mesmo pode sair da pesquisa a qualquer momento. O risco mínimo que pode ocorrer é de o participante descobrir que tem ou possa ter algum distúrbio alimentar.
- Medidas preventivas serão tomadas durante a coleta dos dados dos questionários. O questionário será criado através do Google formulários e será enviado individualmente para os participantes. Nenhum participante será exposto. Será coletado apenas as respostas do questionário para a realização da pesquisa.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá/terá maiores informações a respeito de transtornos alimentares, bem como poderá até identificar um possível transtorno já existente.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados (por exemplo, fitas, entrevistas, questionários) ficarão guardados sob a responsabilidade de Márcia Cristine Araújo Guimarães e Mariana Felizardo Matias Pereira com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br.

Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu _____, RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se arquivado, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a) via email.

Brasília, _____ de _____ de _____

Participante

Maina Ribeiro Pereira Castro, celular: (61) 99655-5166/telefone institucional: 3966.1511

Márcia Cristine Araujo Guimarães - amarciaacrisaraujo@gmail.com ou (61)982449391

Mariana Felizardo Matias Pereira - marifmp@gmail.com ou (61)998287227

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília UniCEUB - Campus Taguatinga II

Endereço: Bloco: /Nº: /Complemento: Avenida das Araucárias, Rua 214 Lote 1/17, QS 1

Bairro: /CEP/Cidade: Taguatinga Sul - 72025-120

Telefones p/contato: (61) 3966-1201

(61) 3966-1200 | www.uniceub.br central.atendimento@uniceub.br |

Unidade sede SEPN 707/907 - CEP 70790 075 - Brasília DF

Rubrica	do
Participante:	
Rubrica	do
pesquisador:	

APÊNDICE B

Questionário para coleta de dados

Qual a sua idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Qual método de cirurgia bariátrica você fez: () Bypass Gástrico ()

Banda gástrica ajustável () Gastrectomia vertical (Sleeve) () Outros: _____

Quanto tempo de cirurgia você tem? _____

Estado de onde mora atualmente: _____

Seu e-mail: _____

1. Fico apavorado com a ideia de estar engordando

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

2. Evito comer quando estou com fome

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

3. Sinto-me preocupada com os alimentos

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc)

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

9. Vômito depois de comer

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

11. Preocupo-me com o desejo de ser magra

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

13. As pessoas me acham muito magra

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

16. Evito comer alimentos que contenham açúcar

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

17. Costumo comer alimentos dietéticos

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

18. Sinto que os alimentos controlam minha vida

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

20. Sinto que os outros me pressionam para comer

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

21. Passo muito tempo pensando em comer

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

22. Sinto desconforto após comer doces

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

23. Faço regimes para emagrecer

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

24. Gosto de sentir meu estômago vazio

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

26. Sinto vontade de vomitar após as refeições

Sempre () /Muitas vezes () /Às vezes () /Poucas vezes () /Quase nunca () /Nunca ()

27. Para a realização da cirurgia bariátrica você passou por um nutricionista?

() sim () não

28. Depois que você realizou a cirurgia bariátrica você fez acompanhamento nutricional?

() sim () não

29. Você continua fazendo acompanhamento com um nutricionista?

() sim () não

30. Após a cirurgia bariátrica você acredita que é possível voltar ao seu peso inicial?

() sim () não

31. Após você atingir o peso ideal, você acha importante continuar a fazer acompanhamento com um nutricionista?

() sim () não

32. Você acha que sua relação com o alimento mudou depois da cirurgia?

() sim () não

33. Você sabe o que é distúrbio alimentar?

() sim () não

34. As suas preferências alimentares mudaram depois da cirurgia?

() sim () não

35. Depois da cirurgia você adotou um estilo de vida alimentar mais saudável?

() sim () não

36. Você acha importante ter um acompanhamento com um nutricionista depois da realização da cirurgia bariátrica?

() sim () não